

آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی مراجعان و کارکنان زیرپوشش برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در PHC: مرور نظام‌مند بررسی‌های 20 سال اخیر ایران

دکتر سید وحید شریعت¹، نغمه منصوری²، دکتر بنفشه غرایبی³، دکتر جعفر بوالهیری⁴،
دکتر رضا یوسفی نورایی⁵، دکتر آفرین رحیمی موقر⁶

Attitude, Knowledge, and Satisfaction of Health Personnel and General Population about the Program of Integration of Mental Health in PHC in Iran: A Systematic Review

Seyed Vahid Shariat^a, Naghmeh Mansouri^{*}, Banafsheh Gharraee^b, Jafar Bolhari^c,
Reza Yousefi Nourai^d, Afarin Rahimi Movaghar^e

Abstract

Objectives: To systematically review studies on attitude, knowledge, and satisfaction of health personnel and general population about the program of integration of mental health in PHC in the recent 20 years. **Method:** International and local databases were electronically searched. Hand searching, reviewing reference lists and personal communications were also done. 11 studies on attitude and knowledge and one study on satisfaction were selected after reviewing full texts of the documents.

Results: Most studies were on Behvarzes and general population and few studies assessed other groups. Knowledge of the studied groups were higher than average in most studies. The only satisfaction study suggested a medium, high, and low satisfaction of general population from interpersonal and care delivery, time and cost benefit, and treatment outcomes, respectively. **Conclusion:** Knowledge and attitude of the personnel and general population seems to be average or higher in most studies. This could be partly due to implementation of the integration program. However, more empirical data is needed to evaluate the issues more specifically.

Key words: attitude; knowledge; satisfaction; mental health

[Received: 1 November 2010; Accepted: 31 May 2011]

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مرور نظام‌مند بررسی‌های 20 سال اخیر ایران در زمینه آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی کارکنان و جمعیت عمومی از برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در PHC بود. **روش:** بانک داده‌های داخلی و خارجی به روش جست‌وجوی الکترونیک بررسی شد. همچنین با روش‌های جست‌وجوی دستی، جست‌وجو بر پایه فهرست منابع و تماس‌های شخصی پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه گردآوری و بررسی شد. با بررسی متن کامل پژوهش‌های انتخاب‌شده، 11 پژوهش مربوط به آگاهی و نگرش و یک پژوهش مربوط به رضایت‌مندی وارد بررسی حاضر شدند. **یافته‌ها:** نمونه مورد بررسی در بیشتر این پژوهش‌ها بهروز یا جمعیت عمومی بود و درباره دیگر گروه‌ها بررسی کمی انجام شده است. بیشتر بررسی‌های انجام‌شده نشان‌گر بالاتر از حد متوسط بودن آگاهی گروه‌های مورد بررسی بود. یافته‌های تنها پژوهش مربوط به رضایت‌مندی نیز به‌ترتیب بیان‌گر رضایت نسبی، رضایت زیاد و رضایت کم جمعیت عمومی از شیوه برخورد و ارایه خدمات، صرفه زمانی و اقتصادی و پیامدهای درمانی بود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد آگاهی و نگرش کارکنان و جمعیت عمومی در بیشتر موارد در حد متوسط یا بالاتر است، که این موضوع می‌تواند متأثر از اجرای برنامه ادغام باشد. اگرچه برای بررسی دقیق‌تر این موضوع لازم است پژوهش‌های تجربی مرتبط به‌صورت جداگانه انجام شوند.

کلیدواژه: آگاهی؛ نگرش؛ رضایت؛ بهداشت روان

[دریافت مقاله: 1389/8/10؛ پذیرش مقاله: 1390/3/10]

¹ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ ² کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، شبکه تحقیقات سلامت روان، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران، دورنگار: 021-66551654 (نویسنده مسئول) E-mail: mansouri.nv@gmail.com؛ ³ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ⁴ روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ ⁵ پزشک عمومی، برنامه روش‌شناسی پژوهش سلامت، دانشکده علوم بهداشتی، دانشگاه مکه مستر؛ ⁶ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز ایران.

* Corresponding author: MS. in Educational Psychology, Mental Health Research Network, Mansoori Alley, Niayesh St., Sattarkhan St., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-66506853. E-mail: mansouri.nv@gmail.com; ^a Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences; ^b PhD. in Psychology, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences; ^c Psychiatrist, Professor of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute; ^d General Practitioner, Health Research Methodology Program, Faculty of Health Sciences, McMaster University; ^e Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA).

مقدمه

خدمات مراقبت بهداشتی اولیه¹ (PHC) در ایران بر پایه سامانه مبتنی بر ارجاع بنا شده، که نخستین و پایه‌ای‌ترین سطح آن، خانه بهداشت و بهورز شاغل در خانه بهداشت است. کارشناس سلامت با نظارت یک پزشک عمومی به ارایه خدمات سرپایی به موارد ارجاع شده می‌پردازد. خانه‌های بهداشت زیر نظر مرکز بهداشتی - درمانی روستایی اداره می‌شوند. مراکز بهداشتی - درمانی روستایی جمعیتی نزدیک به 9000 نفر را پوشش می‌دهند. در شهرها نیز مراکز بهداشتی - درمانی شهری، جمعیتی نزدیک به 12000 نفر را پوشش می‌دهند. مراکز شهری خانه بهداشت و بهورز ندارند و با یاری داوطلبان محلی، که آنان را رابط می‌نامند، به ارایه خدمات می‌پردازند (محیط، شاه‌محمدی و بوالهیری، 1998؛ منصوری و همکاران، 2009).

برنامه ادغام بهداشت روان در PHC در ایران اواخر دهه 60 آغاز و به عنوان نهمین جزء وارد PHC شد. این برنامه دربرگیرنده آموزش بهداشت روان به جامعه، خانواده و مدارس، شناسایی و ارجاع فعال بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی، پیگیری و ویزیت در منزل بیماران و بالاخره آماده‌سازی آنها برای بازگشت به جامعه و همچنین ثبت داده‌های مرتبط بود (مورتی²، 2002؛ محیط، 2001).

نقش آگاهی و نگرش کارکنان و مراجعان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی از دیرباز به‌وسیله پژوهشگران و برنامه‌ریزان خدمات بهداشتی بررسی شده است. در بیشتر بررسی‌های مربوط به ادغام بهداشت روان در PHC، پژوهشگران به نقش آگاهی، نگرش، باورهای خرافی و نادرست و انگ در کارکنان، مراجعان و خانواده‌های آنان توجه کرده‌اند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم اعصاب³، 1990؛ پزشکی قهفرخی و بوالهیری، 1994؛ تدینی، 2007؛ تابان، زمانی و صادقی، 2002؛ باقری یزدی، ملک‌افضلی، شاه‌محمدی، نقوی و حکمت، 2001؛ طیری، اصغرنژادفرید، بوالهیری و قاضی‌زاده، 2007). این بررسی‌ها نیاز به افزایش آگاهی و تغییر نگرش کارکنان و مراجعان را برجسته ساخته است، بنابراین طراحی و اجرای مداخله‌های مناسب در این زمینه ضروری است تا بتوان وضعیت سلامت روان جامعه را بهبود بخشید (موگا⁴ و جنکینز⁵، 2008؛ بوالهیری و محیط، 1995؛ محیط و همکاران، 1998؛ ایگناسیو⁶ و همکاران، 1989). تغییر نگرش مراجعان و جلب رضایت آنان بسیار مهم است، زیرا سبب می‌شود از پذیرفتن انگ پرهیز کرده، شیوه برخورد مناسب‌تری داشته باشند. همچنین در صورت ابتلای فردی از نزدیکان، سریع‌تر مراجعه کرده، اقدامات درمانی را

به‌طور کامل پی‌گیری نمایند (آگاروال⁷، گوئل⁸، ایچپوجانی⁹، سالهان¹⁰ و شریواستاو¹¹، 2004؛ سازمان جهانی بهداشت، 2008). افزون بر آگاهی و نگرش، احساس رضایت کارکنان، مراجعان و خانواده آنان شاخصی کلیدی در ارزشیابی ارایه خدمات بهداشتی و بهداشت روان است (رئیزی و جهانبانی، 2003؛ رئیزی و کبریایی، 2000؛ گل‌افراز و بهنام‌وشانی، 2002؛ کلانتری، 1992؛ اسکندری، 1998؛ ظهیری و رفیعی، 2000).

با توجه به قدمت برنامه ادغام بهداشت روان در PHC در کشور و اهمیت مقوله‌های آگاهی، نگرش و رضایت ارایه‌کنندگان و استفاده‌کنندگان از خدمات در ارزشیابی برنامه، مرور و بررسی متناوب این متغیرها ضروری است تا مشخص شود در چه زمینه‌هایی بررسی کمتری انجام شده است و چه نارسایی‌هایی وجود دارد. انجام این مرور همچنین پیامد کلی بررسی‌های انجام‌شده تا کنون را مشخص خواهد ساخت تا بررسی‌های بعدی با کیفیت بالاتر انجام شود. بنابراین بررسی حاضر با هدف مرور نظام‌مند بررسی‌های انجام‌شده 20 سال اخیر ایران در مورد آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی ارایه‌دهندگان و استفاده‌کنندگان از خدمات برنامه ادغام بهداشت روان در PHC انجام شد تا به این پرسش‌ها پاسخ دهد: 1- وضعیت آگاهی و نگرش نسبت به اختلال‌های روان‌شناختی در گروه‌های گوناگون مرتبط با این برنامه چگونه است؟ و 2- میزان رضایت این گروه‌ها از اجرای برنامه ادغام چگونه است؟ انتظار می‌رود یافته‌های پژوهش حاضر تا اندازه‌ای راه‌گشای برنامه‌ریزان بهداشت روان کشور برای اصلاح این برنامه باشد.

روش

ملاک‌های انتخاب پژوهش‌ها در این مرور با نمونه، موضوع و نوع بررسی مرتبط بود. بررسی‌هایی که آزمودنی‌های آنان را کارکنان (دربرگیرنده پزشک، بهورز، کاردان و رابط) و مراجعان مراکز زیرپوشش برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در PHC تشکیل می‌دادند، متغیرهای آگاهی، نگرش و میزان رضایت را در کارکنان و مراجعان مراکز زیرپوشش بررسی کرده و به‌صورت توصیفی انجام شده بودند، ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر را داشتند.

- | | |
|---|-----------------|
| 1- Primary Health Care | 2- Murthy |
| 3- National Institute of Mental Health and Neuroscience | 5- Jenkins |
| 4- Muga | 7- Agarwal |
| 6- Ignacio | 9- Ichhpujani |
| 8- Goel | 11- Shrivastava |
| 10- Salhan | |

پژوهشگر ساخته برای ارزیابی کیفیت آن‌ها بررسی می‌کردند. این فهرست شامل ویژگی‌های جمعیت هدف، حجم نمونه، روشنی اهداف، متغیرهای مورد بررسی و ملاک‌های ورود و خروج و نوع بررسی، همچنین ویژگی‌های ابزار مورد بررسی (اعتبار و پایایی) بود. محتوای پژوهش‌ها نیز از نظر ارتباط موضوعی، اصیل بودن و ارایه کمی یافته‌ها به وسیله گروه پژوهشی بررسی شد.

برای استخراج داده‌ها از متن مقاله‌ها، دو فرم مربوط به آگاهی و نگرش و فرم مربوط به رضایت‌مندی تنظیم شد. بخش نخست هر دو فرم دربرگیرنده داده‌های مربوط به ویژگی‌های پژوهش، شامل روش پژوهش (جامعه و نمونه، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری) و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود. بخش دوم فرم آگاهی و نگرش نمره یا رتبه آگاهی و نگرش پیش و پس از مداخله، تعداد پرسش‌ها، تعداد نمونه و میزان برای گروه‌های گوناگون کارکنان (پزشک، کاردان، بهورز و رابط) و مراجعان و همچنین پرسش‌هایی در مورد نوع پرسش‌نامه به کار رفته، دامنه نمره‌ها و شیوه رتبه‌بندی بود. بخش دوم فرم رضایت‌مندی شامل پرسش‌هایی در مورد پرسش‌نامه به کار رفته، تعداد پرسش‌ها، تعداد نمونه و میزان رضایت برای کارکنان (پزشک، کاردان، بهورز و رابط) و مراجعان بود.

در مورد آگاهی و نگرش، بر پایه ارایه داده‌ها به صورت نمره‌های جداگانه و یا مشترک، گردآوری داده‌ها پیش و پس از یک مداخله آموزشی یا به صورت مقطعی در مناطق زیرپوشش، همچنین مقایسه بین دو منطقه زیرپوشش و غیرزیرپوشش تقسیم‌بندی انجام شد. با توجه به این‌که برای مقایسه با سایر بررسی‌ها و جمع‌بندی لازم بود از بررسی‌هایی که آگاهی یا نگرش را پیش و پس از ارایه یک مداخله آموزشی سنجیده بودند، یکی از دو نوبت انتخاب شود، در این مرور نوبت پس از آموزش در نظر گرفته شد. دلیل آن هم این بود که بسیاری از این آموزش‌ها در آغاز اجرای برنامه انجام شده بود و محتوای آن‌ها شامل همان مطالبی بود که در سراسر کشور به طور معمول در آغاز برنامه به کارکنان آموزش داده می‌شد.

از 148 چکیده پژوهش‌های گردآوری شده 29 بررسی به آگاهی و نگرش و نه بررسی به رضایت مربوط بود. از این تعداد متن کامل 25 بررسی مربوط به آگاهی و نگرش و نه بررسی مربوط به رضایت به دست آمد. پس از بررسی محتوا و کیفیت پژوهش‌های مرتبط با آگاهی و نگرش، 11 پژوهش برای ورود به بررسی انتخاب و 14 پژوهش به یکی از دلایل زیر حذف شدند: مروری بودن و نداشتن داده‌های اصیل

برای یافتن پژوهش‌ها، جست‌وجوی الکترونیکی در سایت‌های IranMedex، SID، PsycINFO، PubMed، IranPsych، EMBase، همچنین جست‌وجوی دستی در بخش‌های غیرالکترونیک IranPsych (شامل چکیده گزارش‌های طرح‌های پژوهشی، چکیده مقاله‌های همایش‌های مرتبط بر گزار شده و چکیده پایان‌نامه‌های موجود)، مقاله‌های در نوبت چاپ فصل‌نامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران و اسناد موجود در مرکز همکاری‌های سازمان جهانی بهداشت در انستیتو روان‌پزشکی تهران و اداره سلامت روان وزارت بهداشت انجام شد. افزون بر آن فهرست منابع به دست آمده نیز برای یافتن منابع مرتبط بررسی شد. در نهایت برای تکمیل داده‌ها با متخصصان و کارشناسان صاحب نظر در این زمینه تماس گرفته شد. برای جست‌وجوی الکترونیک در منابع بین‌المللی نخست برای هر یک از حوزه‌های آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی، کلماتی بر پایه عناوین MeSH (مانند knowledge، attitude و awareness) و غیر MeSH (مانند satisfaction و attitudes) تنظیم و سپس با دستور «OR» با یکدیگر ترکیب شد. برای جست‌وجوی مقاله‌های مرتبط با ایران ترکیب نام تمامی شهرها و دانشگاه‌های کشور با نگارش‌های مختلف آنها (فرهودیان و همکاران، 2007) به کار برده شد. برای یافتن منابع مرتبط با بهداشت روان و ارایه خدمات بهداشت روان نیز ترکیبی از عناوین MeSH و غیر MeSH به کار رفت. در نهایت یافته‌های به دست آمده مرتبط با آگاهی، نگرش، ایران و بهداشت روان با دستور «AND» با یکدیگر ترکیب شدند. برای جست‌وجو در بانک‌های ایرانی واژه‌هایی مانند آگاهی، نگرش، رضایت‌مندی، بهورز، ادغام، بهداشت روان و برگردان انگلیسی آن‌ها، همچنین واژه‌های متداول در این گونه بررسی‌ها به کار برده شد.

پس از یافتن پژوهش‌ها، چکیده آن‌ها به وسیله سه نفر از گروه پژوهش بررسی و تمامی مواردی که ارتباط موضوعی با برنامه ادغام داشت، برای یافتن متن کامل انتخاب شد. گفتنی است در مواردی که چکیده در دسترس نبود، تنها بر پایه عنوان، تصمیم‌گیری شد؛ در این موارد وجود کلمات مرتبط با برنامه ادغام یا آگاهی، نگرش و رضایت کارکنان و جمعیت زیرپوشش در عنوان منجر به انتخاب پژوهش برای یافتن متن کامل می‌شد. متن کامل پژوهش‌های منتشر شده به صورت مقاله در نشریه‌ها، پایان‌نامه‌ها و گزارش‌ها به ترتیب با مراجعه به نشریه مورد نظر، تماس با کتابخانه یا مسئول بهداشت روان دانشگاه مربوط و مخزن گزارش پژوهش‌های موجود در بانک IranPsych فراهم می‌شد. سپس سه نفر از نویسندگان مقاله حاضر، متن کامل را بر پایه فهرست

(عبهری، 1999؛ عاطف‌وحید، 2004؛ ملک‌افضلی، 1994؛ نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، 2001؛ شاه‌محمدی، 2002؛ مورتی، 2002؛ بخشانی، بواله‌ری و بیان‌زاده، 2000)، نداشتن ارتباط موضوعی (رئیی و خسروی، 1999؛ خدیوی، شاکری و خسروی، 2005؛ عسکری و کدیور، 2001)، انتخاب نمونه از جمعیت غیرزیرپوشش خدمات PHC (پزشکی قهفرخی و بواله‌ری، 1994؛ کهنی، 1995)، نداشتن داده‌های کمی (اسدالهی، خدادی و جاویدمقدم، 1999) و بیان یافته‌های مربوط به آگاهی و نگرش در منبع دیگر (دواساز ایرانی و اخلاصی، 1999؛ محیط و همکاران، 1998).

از نه مورد پژوهش مرتبط با رضایت، یک مورد وارد بررسی شد (طیری، اصغرئزادفرید و بواله‌ری، 2006). دلایل حذف سایر بررسی‌ها ارزیابی میزان رضایت دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی از نحوه ارائه خدمات غیر از بهداشت روان (غریبی، 2001؛ ظهور و پریانی، 2001) و ارزیابی رضایت شغلی به‌روزان به‌طور کلی و بدون توجه به برنامه ادغام بهداشت روان (کلانتری، 1992؛ مطلبی، 1998؛ اسکندری، 1998؛ گل‌افروز و بهنام‌وشانی، 2002؛ ظهیری و رفیعی، 2000؛ رئیی و کبریایی، 2000) بود.

یافته‌ها

بیشتر پژوهش‌ها ابزارهای پژوهشگر ساخته به‌کار برده بودند، بدون این که داده‌های مشخصی در مورد میزان اعتبار و پایایی هر ابزار ارائه نمایند. همچنین هیچ‌یک از پژوهش‌ها توضیحی در خصوص ملاک‌های ورود و خروج از بررسی ارائه نکرده بودند. در بررسی حاضر هیچ‌یک از پژوهش‌ها به دلیل ضعف روش شناختی حذف نشد.

ویژگی‌های (شامل نویسنده، سال، نوع منبع، جامعه پژوهش، نوع جمعیت، روش نمونه‌گیری، نوع و تعداد نمونه، زمان اجرا، روش گردآوری داده‌ها و دامنه نمره‌ها) پژوهش‌های مرتبط با آگاهی و نگرش در **جدول 1** آمده است.

در پژوهش‌های انجام شده درباره آگاهی و نگرش، سه پژوهش آگاهی و نگرش را به‌صورت ترکیبی و ارائه یک نمره برای هر دو متغیر (بواله‌ری و محیط، 1995؛ کدیور، 1997؛ شاه‌محمدی، 1990) (**جدول 2**)، یک پژوهش تنها نگرش (نیساری، 2002) و یک پژوهش نیز تنها آگاهی را بررسی کرده بود (مطلبی، 1998). در پژوهش اخیر نگرش به‌روزان با یک پرسش نسبت به برنامه ادغام سنجیده شده بود، که با توجه به این که هدف آن سنجش نگرش نسبت به بیماری‌های روانی بود، یافته‌های آن در بررسی حاضر در نظر گرفته نشد. از شش پژوهشی که میانگین و انحراف معیار

آگاهی و نگرش را جداگانه گزارش کرده بودند (مطلبی، 1996؛ دواساز ایرانی، 2004؛ بواله‌ری، 2004؛ احسان‌منش و کریمی کیسمی، 1997؛ نیساری، 2002؛ بواله‌ری و محیط، 1995؛ شاه‌محمدی، 1990) (**جدول 3**)، دو بررسی به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شده بود (مطلبی، 1996؛ دواساز ایرانی، 2004). همچنین از چهار پژوهشی که درصد آگاهی و نگرش را جداگانه گزارش کرده بودند (مطلبی، 1998؛ تابان، زمانی و صادقی، 2002؛ باقری یزدی، ملک‌افضلی، شاه‌محمدی، نقوی و حکمت، 2001؛ طیری، اصغرئزادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده، 2007) (**جدول 4**)، یک بررسی به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شده بود (باقری یزدی و همکاران، 2001). در بخش آگاهی و نگرش نمونه مورد مطالعه در 1، 2، 8، 1 و 1 پژوهش به ترتیب جمعیت عمومی (دواساز ایرانی، 2004؛ نیساری، 2002؛ بواله‌ری و محیط، 1995؛ شاه‌محمدی، 1990؛ تابان و همکاران، 2002؛ باقری یزدی و همکاران، 2001؛ طیری، اصغرئزادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده، 2007)، به‌روز (بواله‌ری و همکاران، 1997؛ طیری، اصغرئزادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده، 2002؛ مطلبی، 1996 و 1998؛ شاه‌محمدی، 1990؛ بواله‌ری و محیط، 1995؛ کدیور، 1997)، پزشک (تابان و همکاران، 2002)، کاردان (کدیور، 1997؛ تابان و همکاران، 2002)، بهداشت‌یار (کدیور، 1997) و کارشناس (کدیور، 1997) بود. بنابراین در برخی پژوهش‌ها تنها یک گروه خاص و در برخی دیگر دو یا چند گروه بررسی شده بودند.

تک پژوهش مرتبط با رضایت‌مندی وارد شده به بررسی (طیری، اصغرئزاد فرید و بواله‌ری، 2006) در بخش روستایی شهر کرد انجام شده و به‌صورت مقاله منتشر شده بود. در این پژوهش در سال 1383 به‌صورت تصادفی 51 بیمار و خانواده‌های آن‌ها از جمعیت عمومی با پرسش‌نامه میزان رضایت بیماران روانی زیرپوشش از برنامه بهداشت روان (21 گزینه‌ای پنج‌درجه‌ای) بررسی شدند. در این پژوهش عوامل مرتبط با رضایت‌مندی بررسی شده است؛ از شیوه برخورد به‌روزان در خانه بهداشت، شیوه ارائه خدمات در خانه بهداشت، شیوه ارائه خدمات در مراکز روستایی، صرفه اقتصادی در مراکز روستایی، صرفه زمانی در مراکز روستایی و پیامد درمانی در مراکز روستایی به ترتیب 24 (47/6%)، 24 (47/3%)، 29 (57/1%)، 44 (86/3%)، 43 (84/3%) و 18 (35/2%) نفر راضی و از همان عوامل به ترتیب 27 (52/4%)، 27 (52/7%)، 22 (42/9%)، 7 (13/7%)، 8 (15/7%) و 33 (64/8%) نفر ناراضی بودند.

ردیف	نویسنده	سال	نوع منبع	محل جمع آوری	نوع جمعیت	نوع نمونه گیری	نوع و تعداد نمونه	زمان اجرا	روش مورد ارزیابی	داده نمره ها	توضیحات
۵	کرمیور	۱۹۹۷	نگارش	مردمک، کاروان، کلاردون، سیلان، داب و شیراز آباد	روستایی و شهری	تعدادی	۷۸۳ پو-مورد: ۸۰۰ کاروان، ۳۷ کاروانی و ۵۰ پد نشین بار	۱۳۷۶	دوربین سه بران آگاهی و نگارش	آگاهی و نگارش، صفر تا ۲۰	بررسی مطالعاتی، مشخص آگاهی نسبت به سازه های دولتی، عملی آنها و روش های در صان) و نگارش نسبت به بیماری دولتی، سریع و مقیم، مطالعه گیاهی، سه ماه پیش و پس از اجرای یک دوره آموزش سه روز، پرسش نامه ها به کمک فرم های پیش جادی ENRO تنظیم شده است.
۶	معلی	۱۹۹۸	مقاله، پایان نامه و گزارش	گسل، میان راه	روستایی	مردماری	۲۲ مورد	۱۳۷۷-۱۳۷۶	آگاهی صفر تا ۲۰ در چهار طبقه، صفر تا ۲۰ (۸۸، ۲۰) جنوب دریا (۱۵) متوسط (۱۹-۱۶) و صغیر (کمتر از ۱۲)	آگاهی صفر تا ۲۰، نگارش صفر تا ۱۵۱۳ ولسی داده ها، به صورت کیفی، روش فریونی، آب و روش پیش از سون و روشی ارائه شده است.	بررسی مطالعاتی، درازی گریه گریه، مشخص میزان آگاهی و نگارش دو گروه آموزش دیده و آموزش ناپیدا، (ار شامی) به صورت کیفی، روش فریونی، آب و روش پیش از سون و روشی ارائه شده است.
۷	باری و همکاران	۲۰۰۱	مقاله	پروچه استان، چهارمحال و بختیاری	روستایی و شهری	تعدادی	۱۶۰ نفر جمعیت شهری، بالای ۱۵ سال	۱۳۷۶-۱۳۷۴	آگاهی صفر تا ۲۰، نگارش صفر تا ۱۵۱۳ ولسی داده ها، به صورت کیفی، روش فریونی، آب و روش پیش از سون و روشی ارائه شده است.	بررسی مطالعاتی، درازی گریه گریه، مشخص میزان آگاهی و نگارش دو گروه آموزش دیده و آموزش ناپیدا، (ار شامی) به صورت کیفی، روش فریونی، آب و روش پیش از سون و روشی ارائه شده است.	

[illegible]

جدول 2- یافته‌های پژوهش‌هایی که میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش را به صورت یک نمره گزارش کرده‌اند

p	شاخص آماری	آگاهی و نگرش		دامنه نمرات	نمونه	نویسنده
		M (SD)				
<0/01	t=5/63	آزمایش (n=34): 21/09 (2/37)		0-29	بهورز	بواله‌ری و همکاران (1995)*
		گواه (n=20): 17/65 (2/03)				
<0/05	افزایش	12(5/1)		0-20	کارشناس (n=27)	کدیور (1997)
	150درصدی	12/6 (4/1)		0-20	کاردان (n=80)	
	پیش‌آزمون نسبت	10/8 (3/7)		0-20	بهورز (n=183)	
	به پس‌آزمون	13/6 (3/4)		0-20	بهداشت‌یار (n=5)	
<0/01	t=11/56	آزمایش (n=27): 40/81 (11/08)		0-50	بهورز	شاه‌محمدی (1990)*
		گواه (n=28): 28/64 (18/9)				

* در این دو بررسی نگرش جمعیت زیرپوشش به صورت جداگانه محاسبه شده بود، بنابراین در جدول 3 نیز گزارش شده‌اند

جدول 3- یافته‌های پژوهش‌هایی که میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش را جداگانه گزارش کرده‌اند

P	شاخص آماری	نگرش		آگاهی		نمونه	نویسنده و سال
		M (SD)	دامنه نمرات	M (SD)	دامنه نمرات		
<0/01	t=30/99	12/58 (1/41)	0-26	32/52 (2/84)	0-38	بهورز (تعداد نامشخص)	مطلبی (1996)
						جمعیت عمومی (n=300)	دواساز ایرانی (2004)
<0/01	F=56/43	14/51 (3/36)	0-22	46/9 (4/78)	0-58	آزمایش (n=100)	
		6/65 (3/67)		35/96 (5/44)		گواه 1 (n=100)	
		5/2 (2/79)		30/94 (4/44)		گواه 2 (n=100)	
-	-	35/3 (3)	0-46	29/9 (4/77)	0-58	بهورز (n=266)	بواله‌ری و همکاران (1997)
<0/05	F= 3/05	82 (3/47)	0-110	-	-	جمعیت عمومی (n=200)	نیساری (2002)
		67 (2/76)				آزمایش = زیرپوشش (n=100)	
						گواه = غیرزیرپوشش (n=100)	
<0/05	t=2/21	14/7 (3/07)	0-22	-	-	جمعیت عمومی (n=387)	بواله‌ری و همکاران (1995)
		14 (3/04)				آزمایش (n=237)	
						گواه (n=150)	
						جمعیت عمومی (n=1096)	شاه‌محمدی *
		23/12 (24/34)	0-30	-	-	آزمایش (n=543)	(1990)
		20/18 (28/75)				گواه (n=553)	

* آماره و میزان معنی‌داری تفاوت دو گروه آزمایش و گواه گزارش نشده بود

جدول 4- یافته‌های پژوهش‌هایی که درصد آگاهی و نگرش را جداگانه گزارش کرده‌اند

نویسنده و سال	نمونه	آگاهی (%)			نگرش (%)		
		ضعیف	متوسط	خوب	عالی	ضعیف و متوسط	خوب و عالی
مطلبی (1998)	بهورز (n=22)	0	22/7	50	27/3	-	-
تابان و همکاران (2002)	پزشک (n=35)	13*	47	40		-	-
	کاردان (n=35)	17	63	20	-	-	-
	بهورز (n=50)	24	51	25	-	-	-
	جمعیت عمومی (n=550)	12*	29	42	16	14	86
باقری یزدی و همکاران (2001)	جمعیت عمومی زیرپوشش روستایی	32		68		13/5	86/5
	جمعیت عمومی غیرزیرپوشش روستایی	57		43		31/6	68/4
	جمعیت عمومی زیرپوشش شهری	27/5		72/5		15/5	84/5
	جمعیت عمومی غیرزیرپوشش شهری (در تمامی موارد n=400)	54		46		29/9	70/1
طیری، اصغر نژادفرید، بوالهروی و قاضی‌زاده، (2007)	جمعیت عمومی روستایی (n=165)	26/4		73/6		34/1	65/9
	بهورز (n=60)	10/6		89/4		8	92

* در این موارد درصد در رتبه خیلی ضعیف و ضعیف با هم جمع شده است

(تابان و همکاران، 2002)، بهورزان دارای آگاهی گزارش شده بودند.

از چهار بررسی مربوط به آگاهی جمعیت عمومی، داده‌ها در یک مورد به صورت کمی و در سه مورد به صورت کیفی گزارش شده بود؛ نمره استاندارد در بررسی کمی دواساز ایرانی (2004) 0/81 به دست آمد. در بررسی‌های کیفی در پژوهش باقری یزدی و همکاران (2001) شیوه درجه‌بندی آگاهی مشخص نبود و در پژوهش‌های طیری، اصغر نژادفرید، بوالهروی و قاضی‌زاده (2007) و تابان و همکاران (2002) به ترتیب درجه‌بندی به صورت نمره‌های بالاتر و پایین‌تر از 50 درصد نمره کل و ضعیف (صفر تا 8)، متوسط (9 تا 12)، خوب (13 تا 16) و عالی (17 تا 20) بود. اگرچه به دلیل تفاوت مقیاس‌های درجه‌بندی امکان جمع‌بندی یافته‌ها وجود ندارد، ولی در کل می‌توان گفت این بررسی‌ها نشان‌گر آگاهی در حد متوسط و بالا در بیش از نیمی از جمعیت عمومی است. در بررسی باقری یزدی و همکاران (2001) آگاهی و نگرش جمعیت زیرپوشش شهری بالاتر از جمعیت غیرزیرپوشش بود، به طوری که پس از دو سال مداخله، 2/4 درصد افزایش یافته بود. در مورد گروه‌های دیگر

از پنج بررسی مربوط به آگاهی بهورزان (به صورت جداگانه)، در سه مورد داده‌ها به صورت کیفی و در دو مورد به صورت کمی گزارش شده بود. برای مقایسه یافته‌های این بررسی‌ها، در مورد داده‌های کمی، برای تعیین نمره استاندارد، میانگین نمره‌های گزارش شده بر نمره کل آزمون تقسیم شد تا نمره‌های پژوهش‌های گوناگون قابل مقایسه باشند. این نمره در دو بررسی مطلبی (1996) و بوالهروی و همکاران (1997) به ترتیب 0/86 و 0/51 به دست آمد. در مورد داده‌های کیفی از آنجا که مقیاس‌های درجه‌بندی به کار رفته در بررسی‌های گوناگون با یکدیگر متفاوت بود [ضعیف (صفر تا 8)، متوسط (9 تا 12)، خوب (13 تا 16) و عالی (17 تا 20)] در بررسی تابان و همکاران (2002)، دارای آگاهی (بالاتر از 50 درصد نمره کل) و بدون آگاهی (پایین‌تر از 50 درصد نمره کل) در بررسی طیری، اصغر نژادفرید، بوالهروی و قاضی‌زاده (2007) و ضعیف (پایین‌تر از 12)، متوسط (13 تا 14)، خوب (15 تا 17) و عالی (18 تا 20) در بررسی مطلبی (1998)، امکان مقایسه وجود نداشت، ولی در صورتی که مقیاس‌های درجه‌بندی شده را به صورت دو دسته کلی بدون آگاهی (ضعیف و متوسط) و دارای آگاهی (خوب و عالی) در نظر بگیریم، جز یک بررسی

بحث

مرور نظام‌مند بررسی‌های انجام‌شده در زمینه آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی از برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در PHC در ایران نشان داد که این بررسی‌ها به شیوه‌های بسیار متفاوتی انجام شده‌اند، به‌صورتی که مقایسه و جمع‌بندی آن‌ها بسیار دشوار و با محدودیت‌های زیادی همراه است؛ کاربرد ابزارهای گوناگون و به‌ویژه پژوهش‌گرا ساخته، تفاوت در شیوه نمره‌دهی، ارایه نکردن یافته‌ها به‌صورت کمی، توضیح ناکافی درباره شیوه نمونه‌گیری و ارزیابی انجام‌شده و گزارش نکردن تعداد افرادی که در بررسی شرکت نکردند از محدودیت‌های این پژوهش‌ها بود. با این وجود یافته‌ها نشان می‌دهد آگاهی به‌روزان و جمعیت عمومی درباره بیماری‌های روانی متوسط یا بالاتر است. تفاوت یافته‌های برخی بررسی‌ها به کاربرد ابزارها و نقطه برش‌های گوناگون مربوط است، برای مثال نقاط برش در بررسی طبری، اصغرنژادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده (2007) خیلی پایین‌تر از بررسی تابان و همکاران (2002) بود، بنابراین تعداد افراد دارای آگاهی بیشتر گزارش شده است.

از آنجا که تنها یک بررسی در مورد پزشکان و کاردanan انجام شده بود، نمی‌توان مقایسه‌ای در این زمینه انجام داد. میزان پایین‌تر از حد متوسط آگاهی پزشکان شاید به این دلیل باشد که آموزش نخستین منظمی در مورد اختلال‌های روانی برای پزشکانی که وارد برنامه ادغام می‌شوند، وجود ندارد. پژوهشی که از سال 1950 تا 2000 به بررسی متون آموزشی بهداشت روان برای پزشکان شرکت‌کننده در برنامه ادغام پرداخت، نشان داد میان آموزش روان‌پزشکی به پزشکان و آنچه که آنان در عمل به آن نیاز دارند، تفاوت زیادی وجود دارد (هادجس¹، اینچ² و سیلور³، 2001). پژوهش مربوط به ارزیابی برنامه ادغام بهداشت روان (بواله‌ری و همکاران، 2009) نیز نشان داد کارکنان بهداشت روان فعال در برنامه ادغام بهداشت روان در PHC و نیز جمعیت عمومی زیرپوشش از آگاهی، نگرش و عملکرد خوبی در زمینه بهداشت روان برخوردار هستند، اما میان آگاهی و نگرش کاردanan و پزشکان عمومی در مناطق زیرپوشش و غیرزیرپوشش برنامه بهداشت روان تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود، که به معنی بهبود نیافتن آگاهی و نگرش پزشکان عمومی شرکت‌کننده در طرح و یا مشکل روش‌شناختی پژوهش است.

(پزشک، کاردان، بهداشت‌یار و کارشناس) به دلیل کم و یا تک بودن بررسی‌ها امکان مقایسه وجود نداشت.

از نه بررسی مربوط به نگرش، شش مورد به‌صورت کمی و سه مورد به‌صورت کیفی انجام شده بود. از سه بررسی مربوط به نگرش به‌روزان، پژوهش کیفی طبری، اصغرنژادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده (2007) بیان‌گر 92 درصد نگرش مثبت (نمره‌های بیشتر از 50 درصد نمره کل) در به‌روزان بود. برای بررسی‌های کمی نمره‌های استاندارد 0/48 (مطلبی، 1996) و 0/77 (بواله‌ری و همکاران، 1997) به‌دست آمد، که بسیار با یکدیگر متفاوت بودند. از هفت بررسی مربوط به نگرش جمعیت عمومی، چهار مورد به‌صورت کمی و سه مورد به‌صورت کیفی انجام شده بود. نمره‌های استاندارد بررسی‌های کمی 0/66 (دواساز ایرانی، 2004)، 0/74 (نیساری، 2002)، 0/67 (بواله‌ری و همکاران، 1995) و 0/77 (شاه‌محمدی، 1990) به‌دست آمد. در بررسی‌های کیفی، در پژوهش تابان و همکاران (2002) نمره‌های بالاتر از 50 درصد به‌عنوان نگرش مثبت در نظر گرفته شده بود، در دو بررسی باقری یزدی و همکاران (2001) و طبری، اصغرنژادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده (2007) نیز روش درجه‌بندی معلوم نبود. در این سه پژوهش کیفی میزان نگرش مثبت در جمعیت عمومی به‌ترتیب 86 درصد، 86/5 درصد و 65/9 درصد گزارش شده بود، بنابراین در تمامی موارد، یافته‌ها بیان‌گر نگرش مثبت جمعیت عمومی منطقه‌های مورد بررسی بود.

هر سه پژوهشی که آگاهی و نگرش را در قالب یک نمره ارایه کرده بودند، به‌صورت کمی و در مورد به‌روزان و در یک بررسی در مورد کارشناسان، کاردanan و بهداشت‌یاران نیز گزارش شده بود. نمره‌های استاندارد شده آگاهی و نگرش به‌روزان در بررسی‌های بواله‌ری و همکاران (1995)، کدیور (1997) و شاه‌محمدی (1990) به‌ترتیب 0/73، 0/5 و 0/82 و نمره‌های استاندارد شده آگاهی و نگرش کارشناسان، کاردanan و بهداشت‌یاران به‌ترتیب 0/6، 0/63 و 0/68 (شاه‌محمدی، 1990) بود.

یافته‌های پژوهش مرتبط با رضایت‌مندی از ارایه خدمات نیز بیان‌گر رضایت نسبی جمعیت عمومی از شیوه برخورد و ارایه خدمات، رضایت زیاد از صرفه زمانی و اقتصادی و رضایت کم از یافته‌های درمانی بود.

1- Hodges
3- Silver

2- Inch

کاربرد آزمون‌های پژوهشگر ساخته می‌تواند بخشی از این ناهمخوانی را توجیه کند، اگرچه تمامی پرسش‌نامه‌های به کار رفته این گونه نبودند. افزون بر آن، بیان نشدن درصد افرادی که قبول نکردند در پژوهش شرکت کنند، نیز ممکن است در این امر دخیل باشد.

در پایان بیان چند نکته درباره بررسی‌های انجام شده درباره آگاهی و نگرش ضروری است؛ 1- داده‌های مربوط به زمان شروع اجرای برنامه ادغام در منطقه مورد بررسی و زمان دقیق انجام بررسی در برخی موارد نامعلوم بود و بنابراین مشخص نبود آیا پژوهش در شروع اجرای برنامه در این منطقه انجام شده است یا خیر. 2- با توجه به نقش کلیدی بهورزان در اجرای برنامه و هدف برنامه مبنی بر دستیابی مردم به سلامت روان، بیشتر بررسی‌ها در این زمینه روی بهورزان جمعیت عمومی انجام شده بود و یافته‌ها در مورد سایر گروه‌ها مثل پزشکان، کاردانیان، و کارشناسان اندک است. 3- تفاوت‌های روش شناختی کار مقایسه این بررسی‌ها را با مشکل مواجه و گاه غیرممکن می‌ساخت. بنابراین برای حل این مشکل در آینده لازم است ابزار مشخصی برای انجام این گونه بررسی‌ها انتخاب و معرفی شود. 4- ارایه نشدن داده‌های کمی و گزارش یافته‌ها به صورت کیفی باعث می‌شد در صورت وجود تفاوت در شیوه نمره‌دهی، نتوان داده‌های بررسی‌های گوناگون را با یکدیگر مقایسه کرد.

یافت نشدن پژوهشی درباره رضایت‌مندی کارکنان برنامه ادغام بهداشت روان در PHC از دیگر یافته‌های بررسی حاضر بود. از آنجا که رضایت‌مندی یکی از معیارهای مهم ارزشیابی برنامه‌هاست، برای ارزیابی دقیق‌تر میزان موفقیت یا کارایی برنامه ادغام بهداشت روان در PHC ضروری است پژوهش‌هایی به بررسی این موضوع پردازد. افزون بر آن از آنجا که ممکن است موفقیت برنامه در ارایه خدمات به گروه‌های گوناگون بیماران و خانواده‌های آنها یکسان نبوده باشد، بررسی میزان رضایت هر یک از گروه‌های بیمار (افراد مبتلا به اختلال‌های روانی شدید و خفیف، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و...) به صورت جداگانه مهم بوده، یافته‌های به دست آمده می‌تواند به بهبود کیفیت ارایه خدمات

نگرش بهورزان نسبت به بیماری‌های روانی در سه بررسی یافت شده تفاوت زیادی با یکدیگر داشت؛ یکی از بررسی‌ها که در سطح کشور و با روشی دقیق‌تر انجام شده بود، نمره نگرش بهورزان را بالاتر از متوسط گزارش کرده بود (بواله‌ری و همکاران، 1997)، بررسی مطلبی و همکاران (1996) در یک شهرستان انجام شده و نگرش را در حد متوسط گزارش کرده بود. یافته‌های بررسی طیری، اصغر نژادفرید، بواله‌ری و قاضی‌زاده (2007) نیز به دلیل نقطه برش پایین و ارایه یافته‌ها به صورت مثبت و منفی اعتبار کمتری دارد. یک بررسی در نیجریه (آبیدون¹، 1991) نشان داد 72 درصد کارکنان بهداشتی نسبت به بیمار روانی نگرش منفی دارند. اگرچه مقایسه این یافته با یافته‌های بررسی‌های انجام شده در ایران، به دلیل تفاوت روش‌های به کار رفته، خالی از اشکال نیست، به نظر می‌رسد نگرش کارکنان بهداشتی نسبت به بیماری‌های روانی در ایران از وضعیت بهتری برخوردار است. ممکن است این مسأله تا حدی متأثر از اجرای کشوری برنامه ادغام بهداشت روان در PHC باشد.

نگرش جمعیت عمومی نسبت به بیماری‌های روانی در هر هفت بررسی، با وجود تفاوت‌های روش شناختی، مثبت بود. این یافته با بیشتر یافته‌های بررسی‌های پیشین ناهمخوان و خلاف انتظار است؛ بررسی‌های انجام شده در بسیاری از کشورها از جمله ایران نشان گر وجود انگ و نگرش منفی نسبت به بیماری روانی و فرد مبتلا به آن است (لینک²، فلان³، برسنهان⁴، استوو⁵ و پسکوسولیدو⁶، 1999؛ گورژ⁷، لاسبیکان⁸، افرایم - الووانوگا⁹، اولی¹⁰ و کولا¹¹، 2005؛ بیرن¹²، 2000؛ شاه‌ویسی، شجاع شفقی، فدایی و دولت‌شاهی، 2007؛ صادقی، کاویانی و رضایی، 2003). از آنجا که این بررسی‌ها در زمینه‌ای غیر از برنامه ادغام برنامه بهداشت روان در PHC انجام شده، در نگاه نخست می‌توان این گونه نتیجه گرفت که ادغام برنامه بهداشت روان در PHC باعث بهبود نگرش شده است، ولی با دقت در یافته‌های پژوهشی که افزون بر جمعیت عمومی زیرپوشش، جمعیت عمومی غیرزیرپوشش را هم بررسی کرده بودند (شاه‌محمدی، 1990؛ بواله‌ری و همکاران، 1995؛ باقری‌یزدی و همکاران، 2001؛ نیساری، 2002)، این فرضیه تأیید نمی‌شود. چرا که در این بررسی‌ها هم با وجودی که نمونه از مناطق غیرزیرپوشش گرفته شده است، نمره نگرش جمعیت عمومی به نسبت بالا است. بنابراین دلیل قانع کننده‌ای برای توجیه این ناهمخوانی یافت نشد.

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1- Abiodun | 2- Link |
| 3- Phelan | 4- Bresnahan |
| 5- Stueve | 6- Pescosolido |
| 7- Gureje | 8- Lasebikan |
| 9- Ephraim-Oluwanuga | 10- Olley |
| 11- Kola | 12- Byrne |

general of health services, Ministry of Health & Family Welfare, (by) Elsevier.

Askari, M. A., & Kadivar, M. K. (2001). *Status of epileptic patients covered by rural health center of Fars province*. Fars: Center for studies and researches of Fars Province. (Persian)

Atef-Vahid, M. K. (2004). Mental health in Iran: Accomplishments and challenges. *Social Wefare Quaterly*, 4(14), 41-45. (Persian)

Bagheri-Yazdi, S. A., Malek-Afzali, H., Shahmohammadi, D., Naghavi, M., & Hekmat, S. (2001). Evaluation of functions of auxiliary health workers (*Behvarzes*) and health volunteers in mental health care delivery in the framwork of PHC system in Brojen city, Chaharmahal-o-Bakhtiary province. *Hakim*, 4(2), 100-109. (Persian)

Bakhshani, N. M., Bolhari, J., & Bayanzadeh, S. A. (2000). Community mental health promotion: A brief review. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 5(3), 53-61. (Persian)

Bolhari, J., & Mohit, A. (1995). Mental health integration in primary health care system (Hashtgerd, I.R. IRAN, 1991-93). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2(1, 2), 4-12. (Persian)

Bolhari, J., Ahmadkhaniha, H. R., Naserbakht, M., Hajebi, A., Karimi-Kaisomi, I., Bagheri-Yazdi, A., & Tahmasebi, S. (2009). *Evaluation of the program of integration of mental health in primary health care and strategies to improve the program*. Unpublished report of Mental Health Research Center and Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences. (Persian)

Bolhari, J., Bina, M., Ehssanmanesh, M., & Karimi-Kaisomi, I. (1997). Studying the knowledge, attitude, and performance of health workers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 3(1, 2), 4-12. (Persian)

Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.

Davasaz-Irani, R. (2004). Integration of mental health program in Andimeshk primary health care network. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 10(1, 2), 110-115. (Persian)

Davasaz-Irani, R., & Ekhlasi, A. (1999). *A descriptive study on the program of integration of mental health in PHC in Khuzestan province*. Unpublished report of Ahvaz University of Medical Sciences. (Persian)

منتهی شود. همچنین ضروری است برای بهبود برنامه، بازنگری و اصلاح محتوا و اهداف آموزشی، همچنین تدوین منابع و متون آموزشی جدید در دستور کار قرار گیرد. آموزش نخستین پزشکان عمومی پیش از شروع به کار، تدوین دوره‌های بازآموزی مداوم بهداشت روان، هماهنگی با نیازهای آموزشی آنان و داشتن دستورالعمل‌ها و برنامه‌های درمانی مشخص برای هر بیماری نیز ضروری است.

سپاسگزاری

هزینه پژوهش حاضر از کمک مالی شماره 8545/132 معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأمین شده و به‌وسیله اداره سلامت روان وزارت بهداشت و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، قرارداد شماره 06/775 سازمان جهانی بهداشت، قرارداد شماره 2621 انستیتو روان‌پزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد حمایت قرار گرفته است، که بدین‌وسیله از ایشان قدردانی می‌شود. همچنین از آقایان دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر آرش رشیدیان، دکتر آرش اعتمادی، دکتر حجت سلماسیان، دکتر ونداد شریفی، دکتر سروش مرتاض حجری و خانم دکتر سحرناز نجات برای راهنمایی‌های ارزنده‌شان و خانم سوسن مقدس محرابی برای کمک‌هایشان در اجرای این پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

- Assadolahi, G., Khodadadi, K., & Javid-Moghaddam, M. (1999). Knowledge of the married women about mental disorders in Haftoon region of Esfahan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(4), 32-37. (Persian)
- Abhari, M. (1999). A report on mental health services and the integration of mental health in primary health care system in Iran (Savojbolagh). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(3), 29-39. (Persian)
- Abiodun, O.A. (1991). Knowledge and attitude concerning mental health of primary health caer workers in Nigeria. *International Journal of Social Psychatry*, 37(2), 113-120.
- Agarwal, S. P., Goel, D. S., Ichhpujani, R. L., Salhan, R. N., & Shrivastava, S. (2004). Mental health: An Indian perspective 1946-2003. India: Published for directorate

- Eskandari, B. (1998). Response patterns of health workers (*Behvarzes*) working in helath system of Some'e Sara to Rorschach test determinants: A comparison of satisfied and unsatisfied health workers (*Behvarzes*). MA thesis, personality psychology, Islamic Azad University of Karaj, Alborz, Iran. (Persian)
- Farhoudian, A., Sharifi, V., Amini, H., Basimia, A., Mesgarpour, B., Mansouri, N., Amin-Esmaeeli, M., Salesian, N., Mohammadi, M. R., Yousefi-Nooraie, R., & Rahimi-Movaghar, A. (2007). Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2(4), 136-150. (Persian)
- Gharibi, F. (2001). *Satisfaction level of women covered by family health unit of health centers of Sanandaj*. MA thesis, Management of Health Services, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Persian)
- Golafruz, M., & Behnam-Vashani, H. (2002). Job satisfaction of health workers (*Behvarzes*) of Sabzevar University of Medical Sciences. *Asrar Journal*, 9(4), 50-56. (Persian)
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186, 436-441.
- Hodges, B., Inch, C., & Silver, I. (2001) Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: A review. *American Psychiatric Association*, 158, 1579-1586.
- Ignacio, L. L., De Arango, M. V., Baltazar, J., D'Arrigo Busnello, E., Climent, C. E., Elhakim, A., Giel, R., Harding, T. W., Ten Horn, G. H. M. M., Ibrahim, H. H., Srinivasa Murthy, R., & Wig, N. N. (1989). Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries: A follow-up study. *International Journal of Epidemiology*, 18(3), 669-673.
- Kadivar, M. R. (1997). *Effect of mental health education on KAP of staff of health network in Fars province*. Fars: Center for studies and researches of health center of Fars Province. (Persian)
- Kahani, S. (1995). Effectiveness of mental health education on knowledge, attitude, self-care, self-esteem, and number of attacks in patients with grand mal epilepsy. MA thesis, Clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Persian)
- Kalantari, Z. (1992). *Job satisfaction of male and female health workers (Behvarzes) of health houses of villages covered by development project of helath network of Zanjan province*. MA thesis, Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Persian)
- Khadivi, R., Shakeri, M., & Khosravi, S. (2005). The effectiveness of mental health project in epileptic patients screening in Charmahal-o-Bakhtiari province from 2001 to 2005. *Iranian Journal of Neurology*, 4(10, 11), 86-98. (Persian)
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Malekafzali, H. (1999). Evaluation of health programs of Iran in the past and present and suggestions for the future. *Hakim*, 2(2), 63-66. (Persian)
- Mansouri, N., Gharaee, B., Shariat, S. V., Bolhari, J., Yousefi Nooraie, R., Rahimi-Movaghar, A., & Alirezaie, N. (2009). The change in attitude and knowledge of health care personnel and general population following trainings provided during integration of mental health in Primary Health Care in Iran: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, 15.
- Mohit, A. (2001). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view of the future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 353-362.
- Mohit, A., Shahmohammadi, D., & Bolhari, J. (1998). Independent national evaluation of mental health (Iran, 1995). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 3(3), 4-16. (Persian)
- Motallebi, M. (1996). Effect of mental health education on knowledge, attitude and practice of health workers (*Behvarzes*) in health network of Dargaz. *Ofogh-e Danesh*, 2(4, 5), 15-20. (Persian)
- Motallebi, M. (1998). Ability of health workers (*Behvarzes*) in diagnosis of mental patients in Gonabad 1997-1998. *Ofogh-e Danesh*, 4(10), 5-11. (Persian)
- Muga, F. A., & Jenkins, R. (2008). Training, attitudes and practice of district health workers in Kenya. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 477-482.

- Murthy, R. S. (2002). Mental health in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4, 14-24. (Persian)
- National Institute of Mental Health and Neuroscience. (1990). Training of PHC personnel in mental health care experiences. Bangalore: NIMHANS.
- Neysari, H. (2002). Attitude of parents with mentally retarded children on disability of their children in areas covered in the national program of mental health compared to those in uncovered areas, in north of Khorasan Province. MA thesis, Consultation and education of exceptional children, Islamic Azad University, Birjand, Iran. (Persian)
- Noorbala, A. A., Mohammad, K., Bagheri-Yazdi, S. A., Yasami, M. T. (2001). *Mental health profile in Iran at a glance*. Unpublished report of Ministry of Health and Medical Education. (Persian)
- Pezeshki, Z., & Bolhari, J. (1994). Attitude toward mental illness in two rural districts. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 1(2, 3), 68-75. (Persian)
- Raeiisi, P., Kebriaii, A. (2000). Job satisfaction among the primary health workers in the health centers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 5(4), 51-61. (Persian)
- Raeiisi, P., & Jahanbani, E. (2003). Evaluation of management performance of mental health program in Khuzestan primary health care system. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 9(2), 40-48. (Persian)
- Raeiisi, P., & Khosravi, A. (1999). Surveying the effect of women volunteers in families' health promotion. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(3), 48-61. (Persian)
- Sadeghi, M., Kaviani, H., & Rezaie, R. (2003). A comparative study of stigma of mental illness in the families of the patients with major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia. *Advances in Cognitive Science Studies*, 5(2), 16-25. (Persian)
- Shahmohammadi, D. (1990). *Integration of mental health in primary health care in villages of Shahrekord 1989-1990*. Unpublished report of Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences. (Persian)
- Shahmohammadi, D. (2002). Necessity of revision in the national mental health program. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4, 39-40. (Persian)
- Shahveysi, B., Shoja-Shaftie, S., Fadai, F., & Dolatshahi, B. (2007). Comparing the stigma of mental illness between the families of the patients with the schizophrenia and major depressive disorder without psychotic features. *Journal of Rehabilitation*, 8(2), 21-27. (Persian)
- Taban, H., Zamani, A., & Sadeghi, B. (2002). Evaluation of mental health program in the level of rural health houses and center in Esfahan, 1980. *Journal of Research in Medical Sciences*, 7(2), 108-111. (Persian)
- Tadayoni, G. (2007). *Evaluation of integration of mental health in PHC in rural areas of Boyrahamd, 1995-1998*. Unpublished report of Yasooj University of Medical Sciences. (Persian)
- Tairi, F., Asgharnejad Farid, A. A., & Bolhari, J. (2006). An overview the rate of satisfaction of mental patients and their families from the mental health programs in rural areas. *Social Welfare Quarterly*, 5(20), 101-116. (Persian)
- Tairi, F., Asgharnejad-Farid, A., Bolhari, J., & Ghazizade, A. (2007). Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Sanandaj district. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(4), 403-409. (Persian)
- World Health Organization. (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization.
- Zahiri, M., & Rafie, A. (2000). *Job satisfaction of health workers (Behvarzes) of health houses*. Congress of role of management in provision of health services, Kerman University of Medical Sciences. (Persian)
- Zohoor, A., & Pariani, A. (2001). Satisfaction of service users of health houses and rural health centers of Ghorveh. *Zanjan Journal of Medical Sciences*, 35, 72-76. (Persian)